

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO Y PRIORIDADES DE

SALUD EN EL AREA-2 “MIRAFLORES”

Tesis previa a la obtención del título de Doctor en Odontología

AUTORES:

DAVID MANUEL PINEDA ALVAREZ

VERÓNICA FERNANDA ZEA QUEZADA

DIRECTOR:

DOCTOR: OSWALDO MUÑOZ AVILÉS

2004

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN.

Toda comunidad, tiene por objeto el desarrollo, la superación y la solución de los problemas que durante el transcurso del tiempo se presenten y dentro de ese ámbito el desarrollo de programas para beneficio de la misma, con los recursos que ella dispone. Uno de los pilares mas importantes que la comunidad debe priorizar es el aspecto de salud, no solo el tratar las diferentes patologías, sino también promover campañas de concienciación y prevención de enfermedades.

El diagnóstico de salud, es la necesidad inicial que se debe realizar antes de proceder a cualquiera de las actividades planificadas para el desarrollo y beneficio de la comunidad, por medio del cual se conoce las enfermedades que se manifiestan con mayor frecuencia y sus causas dentro de la población del Área de salud de Miraflores, así como analizar los perfiles epidemiológicos que podrían detener dicho desarrollo.

Con el presente trabajo se realiza el diagnóstico epidemiológico local y se establecen prioridades de salud en el Área de Miraflores para apoyar a la solución de los problemas en el Área a través de: 1) Determinar condiciones de vida relacionadas con salud en el área. 2) Conocer los perfiles epidemiológicos de morbilidad ambulatoria y estomatológica, hospitalaria y notificación obligatoria y de la mortalidad. 3) Analizar y realizar condiciones de vida con perfiles epidemiológicos. 4) Identificar problemas locales de salud en Miraflores

de acuerdo a la frecuencia y gravedad. 5) Establecer prioridades de salud local que fundamenten las decisiones y acciones.

Dentro de este diagnóstico las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en el Área de Miraflores son las respiratorias agudas, como las neumonías, bronconeumonías y otras, seguidas de las enfermedades diarreicas agudas, gastroenteritis con mayor prevalencia en la población infantil. En la población adulta se presenta con superioridad la Hipertensión, depresión, diabetes, el alcoholismo y otros problemas de origen social, además se presentan problemas gineco-obstétricos como las complicaciones en el embarazo y al momento del parto, así como abortos que serán problemas que conllevan un entorno psicológico alterado. Otro grupo de enfermedades son las relacionadas con la falta de educación con respecto a la salud bucal, como los frecuentes problemas periodontales y la caries, que son factores predisponentes a alteraciones bucales y sistémicas.

El estudio se fundamenta en una concepción integral de salud, salud y desarrollo y diagnóstico epidemiológico integral.

Concepción integral de salud. Plantea que las causas sociales, culturales, consumo de bienes y servicios, ambientales y biológicas, integradas en la calidad de vida, se expresan en los perfiles epidemiológicos de personas sanas, enfermas y defunciones, de acuerdo a dichos componentes.

Salud y desarrollo. La idea de salud y desarrollo está orientada por objetivos básicos de desarrollo: 1. Mejorar la calidad de vida, 2. Disminuir el desempleo y erradicar la pobreza 3. Promover la equidad en la vida de hombres y mujeres. 4. Mejorar la nutrición. 5. Educar a la gente, 6. Racionalizar los servicios para atender la salud y la enfermedad y 7. Preservar los recursos naturales.

Diagnóstico epidemiológico integral. El diagnóstico epidemiológico es un método usado para conocer las características de la salud enfermedad, identificar las causas, los perfiles epidemiológicos y las soluciones colectivas y personales para satisfacer necesidades cuando

se aplican programas de protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación del enfermo. El diagnóstico es un instrumento de observación, descripción, análisis epidemiológico, programación local y guía de trabajo para ejecutar acciones eficientes, eficaces y efectivas, que evaluadas demuestren cambios e impactos para los objetivos reales que son coherentes con la concepción integral.

Los resultados se refieren a dos aspectos: la Calidad de Vida y los Perfiles Epidemiológicos, en el primero se engloban: aspectos socioeconómicos, culturales, consumo de bienes de servicios, ambientales y de las personas. En los perfiles epidemiológicos se citan causas de: Atención ambulatoria, morbilidad hospitalaria y estomatológica, Notificación de enfermedades y mortalidad. El estudio concluye con 5 prioridades: 1) Crear mejores condiciones económicas y laborales, 2) Mejorar las condiciones culturales, 3) Mejorar el acceso a los bienes y servicios, 4) Crear condiciones saludables y 5) Prevenir y dar tratamiento a las enfermedades.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

El tipo de estudio utilizado es descriptivo, creando conocimientos sobre las causas y los perfiles epidemiológicos de salud enfermedad para establecer prioridades y contribuir a resolver los problemas locales.

El diagnóstico se realizó en las parroquias del Área de Salud 2 del Azuay (Miraflones) de acuerdo al número de habitantes existentes en cada una de ellas, a los registros de las instituciones de salud, las publicaciones oficiales sobre salud y relacionadas con ella y encuestas aplicadas en una muestra de la población del Área la cual se obtuvo a través de la siguiente fórmula: $M = (z^2 * pq) / e^2$, el número muestral fue 87, repartido de la siguiente manera: en el Centro de salud # 2 se realizaron 26 encuestas, en Sinincay 17 , en Checa y Chiquintad 13 respectivamente, en Mariano Estrella y Barrial Blanco un número de 9 en cada una, lo que nos da un total de 87 encuestas.

El estudio epidemiológico se elaboró con los siguientes métodos y técnicas:

a. Una revisión bibliográfica para conocer las características de la salud enfermedad; revisando archivos del Centro de Salud y publicaciones del INEC e informes de notificación obligatoria del Departamento de Epidemiología de la Dirección de Salud del Azuay. Mediante los informes anuales del Departamento de Servicios de Salud se obtuvo la morbilidad ambulatoria; y, la mortalidad fue obtenida del anuario de estadísticas vitales del INEC.

b. Calidad de Vida. En el trabajo de campo para determinar la calidad de vida se aplicó la encuesta con 25 preguntas que se califican con 0 - 2 ó 4, para luego obtener un resultado sobre 100, valorando como baja calidad de vida a los que mayor resultado presentaban. Mediante visitas a las comunidades pertenecientes a la muestra, se observó directamente los problemas de la gente, después de mantener un diálogo sobre condiciones sociales, ambientales y biológicas.

c. Para el diagnóstico estomatológico se realizó un examen clínico de las condiciones de salud bucal basado en la “Clasificación internacional de las Enfermedades en lo correspondiente a la Odontología y Estomatología”.

d. Para la obtención de prioridades, se utilizó una tabla comparativa con 12 características que deben presentar las comunidades del área, calificando cada una de ellas sobre 6, considerando con el número mayor a la comunidad con mayor gravedad.

CAPITULO III. RESULTADOS

Los resultados se presenta sobre la de: 1. Calidad de vida, y 2. Perfiles epidemiológicos

1. Calidad de vida.

Presenta componentes: Socio-económicos, Culturales, de Consumo, Ambientales y de las personas.

1.1. Aspectos socio-económicos que inciden en la salud.

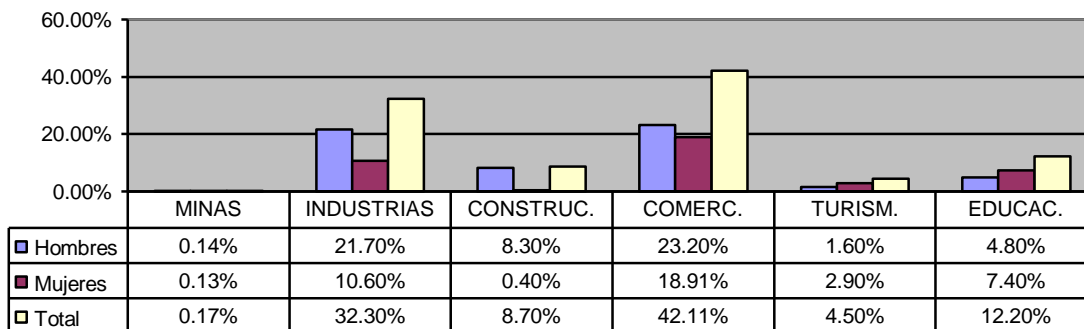
Cuadro N° 1. Población de 5 años y más, activa e inactiva, según sexo y parroquias.							
Tipo		Total		Activos		Inactivos	
		N°	%	N°	%	N°	%
Sector Urbano		241504	100	113074	47	128430	53
Sector Rural	Checa	4045	100	1861	46	2184	54
	Chiquintad	5381	100	2421	45	2960	55
	Sinincay	18321	100	10077	55	8244	45

Fuente. INEC. Censo 2001.

Tanto en el sector rural cuanto en el urbano los hombres representan un mayor porcentaje dentro de la población económicamente activa, a excepción del turismo y la educación en donde predominan las mujeres. Existe un mayor porcentaje de población inactiva que de población económicamente activa tanto en hombres cuanto en mujeres de ambos sectores. La promoción educativa y laboral de la mujer y la estabilidad del trabajo del hombre son aspectos focales de una armónica política familiar.

Las principales actividades económicas del Área son: el comercio, industria, servicios (la educación), construcción, turismo y minería.

Gráfico 1. Porcentaje de la población económicamente activa del Cantón Cuenca, según tipo de actividad y sexo.



Fuente: INEC. Censo 2001.

Los datos citados en el Gráfico 1 corresponden al Cantón Cuenca, entendiéndose que estas frecuencias son parecidas a la realidad del Área 2. Existe una mayor dedicación a la actividad comercial en todas las parroquias rurales como en la zona urbana, seguida por la industria. En las parroquias de Checa, Chiquintad y Sinincay el comercio, la agricultura y la construcción son muy comunes, en el sector urbano prevalecen la actividad artesanal, la educación y empleo. La ocupación en minas es mínima, lo que constituye un menor riesgo de accidentes y enfermedades.

Uno de los problemas económicos de las personas encuestadas es la falta de trabajo, principalmente en Checa, en donde gran parte de la población esta desempleada o no cuenta con un trabajo estable. En la totalidad del Área 2, existe igualdad numérica entre desempleados y trabajadores; del mismo modo es evidente la imposibilidad de ahorro, por que los ingresos que reciben de sus trabajos son insuficientes para este fin, de manera que las personas presentan un bajo nivel de acceso a la atención privada en salud.

El suelo del sector rural es propicio para la agricultura, se cultiva maíz, cereales, poroto, habas, hortalizas y frutas; la crianza de ganado ovino, vacuno y porcino se realiza para la venta y mejorar la economía familiar. En lo referente a la minería existen yacimientos de mármol y arcilla. La industria urbana está dirigida al sector textil, llantero y cerámica. El comercio está dirigido hacia los alimentos, cerámica, muebles, elaboración de tejas y ladrillo, artesanías como tejido de sombreros de paja, marmolería y otros.

1.2. Condiciones culturales. Se considera: las prácticas de salud, recreación, participación comunitaria y religión.

Prácticas de salud.- Pocas personas dan la debida importancia a su estado de salud, recurriendo en ocasiones al Subcentro de Salud, en otros casos acuden a la automedicación, o servicios informales de salud como los sobadores, curanderos y comadronas. Cerca del 80 % de las personas no están afiliadas a ningún seguro, el 9% está afiliado al seguro campesino, aproximadamente el 4% son afiliados al IESS.¹

Recreación.- La principal actividad recreativa en las parroquias es el deporte, destacando el volley y el indor, a los cuales dedican sus fines de semana, esto mejora y aumenta la integración familiar y vínculos entre vecinos. De acuerdo a la encuesta pudimos comprobar que dentro del grupo de las mujeres sobresale las artes del tejido de sombreros y prendas de lana, contribuyendo al crecimiento cultural de la parroquia y económico de su familia.

¹ INEC. Encuesta de condiciones de vida serie estadística 1994 – 1999

Participación comunitaria.- Se destaca una buena participación de las personas a los eventos sociales y culturales, los cuales promueven la integración comunitaria. Las mingas y reuniones entre vecinos del sector rural para mejoras en la comunidad son muy evidentes, como ejemplo está la participación de la comunidad para arreglar la capilla, algunos caminos de tierra, acequias y mejoras para la escuela. La familia padece de integralidad, debido a la migración de uno o más de sus miembros, en especial en las comunidades de Barrial Blanco y Sinincay. Ninguna de las personas encuestadas pertenece a alguna organización social. Existe una preocupante ingesta de bebidas alcohólicas, a ello se suma la costumbre de ingerirlo en las fiestas propias de su cultura y/o traídas del exterior, incluso luego de los mencionados deportes de fin de semana.

Religión.- Con respecto a la religión, la totalidad de familias visitadas son católicas, dicha condición resuelve ciertos problemas en la atención de salud ya que permite que la misma llegue sin limitaciones, salvo casos específicos en los cuales esta se opone (métodos anticonceptivos).

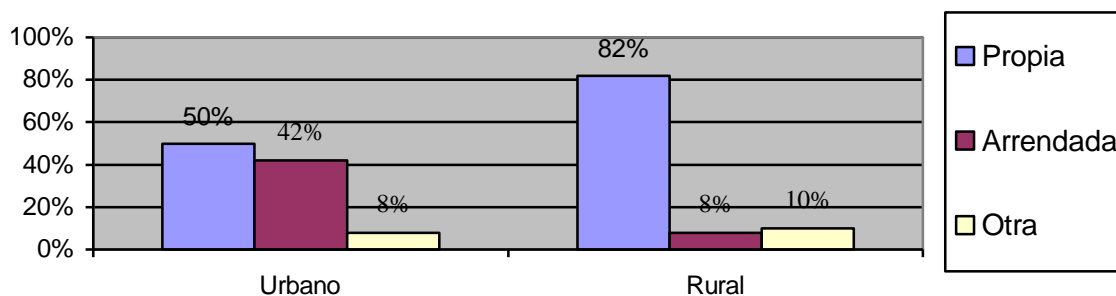
1.3. Condiciones del consumo de bienes y servicios.

En general el Área 2 presenta diferencias en el acceso a servicios públicos, en especial en la zona rural donde son muy escasos, lo contrario ocurre con la propiedad de vivienda que es alta en comparación con el sector urbano.

1.3.1. Vivienda: De acuerdo con el censo del INEC del 2001, existe una mayor cantidad de viviendas en el sector urbano que en el rural, de las cuales la mayoría son casas o villas (69%), la ocupación de cuartos y departamentos en alquiler también es alta (24%), lo que disminuye la calidad de vida debido a la falta de espacio en relación al número de integrantes de la familia, aumentando considerablemente la probabilidad de enfermedad para dichas

personas en hacinamiento.

Gráfico 2. Viviendas Ocupadas del sector urbano y rural por tipo de tenencia y porcentaje.



Fuente. INEC. Censo 2001.

El mayor porcentaje de viviendas propias está en el sector rural, siendo las viviendas arrendadas en menor cantidad que en el sector urbano.

1.3.2. Servicios: Se determinó la existencia de los siguientes servicios básicos:

1) *Agua potable.*

Cuadro N° 2. Viviendas con servicio de agua potable, según parroquias.				
PARROQUIA		Total Viviendas	Viviendas con agua potable	
			N°	Tasa %
Sector Rural	Checa	759	420	55.3
	Chiquintad	1071	683	63.7
	Sinincay	2918	2044	70
Sector Urbano		67364	64721	96.1

Fuente: INEC. Censo 2001.

El servicio de agua potable en las viviendas del sector urbano es mayor que en el rural, dentro de este sector, la parroquia de Sinincay presenta una mayor cantidad de viviendas con este servicio. La red pública es el medio más común en el sector urbano para la obtención del agua, sin embargo, en las parroquias rurales, la gente aún acude a otros medios menos higiénicos, constituyendo un mayor riesgo para la salud.

2) *Energía eléctrica y teléfono.*

Cuadro N° 3. Viviendas particulares ocupadas, por servicio eléctrico que disponen, según parroquia				
Parroquia		Total Viviendas	Con electricidad	
			N°	Tasa %
Sector Rural	Checa	759	708	93.3
	Chiquintad	1071	1020	95.2
	Sinincay	2918	2734	93.7

Sector Urbano	67364	64704	96
---------------	-------	-------	----

Fuente: INEC. Censo 2001.

El servicio eléctrico en las viviendas del sector urbano es mayor que en el rural, teniendo una tasa de accesibilidad del 95% en el total del Área.

Cuadro No 4. Viviendas particulares ocupadas, por servicio de teléfono que disponen, según parroquia				
Parroquia		Total Viviendas	Con teléfono	
		Nº	Nº	Tasa %
Sector Rural	Checa	759	230	30.3
	Chiquintad	1071	345	32.2
	Sinincay	2918	577	19.8
Sector Urbano		67364	34525	51.3

Fuente: INEC. Censo 2001.

La accesibilidad al servicio telefónico en el sector urbano es mayor que en el rural y de éste, en Sinincay es aún menor (tasa del 19.8). La tasa general del Área de accesibilidad a este servicio es del 33.4 %.

3) Eliminación de excretas Red Pública u otro medio.

Cuadro N° 5. Viviendas particulares ocupadas, por servicios de eliminación de excretas, según parroquias.						
PARROQUIAS		TOTAL VIVIENDAS	ELIMINACIÓN DE EXCRETAS			
		Nº	RED PUBLICA		OTRO	
			Nº	Tasa %	Nº	Tasa %
Sector Rural	Checa	759	154	20.3	605	79.7
	Chiquintad	1071	312	29.1	759	70.9
	Sinincay	2918	799	27.4	2119	72.6
Sector Urbano		67364	47616	70.7	19748	29.3

Fuente: INEC. Censo 2001.

El servicio de eliminación de excretas en el sector urbano es por red pública, en el sector rural utilizan otros métodos menos higiénicos, peligrosos para la salud, dentro de los cuales están letrinas, posos sépticos e incluso al aire libre.

4) Eliminación de basura: carro de recolección, eliminación domiciliar y ambiental.

Cuadro N° 6. Viviendas particulares ocupadas, por servicios de eliminación de basura que disponen, según parroquias.						
PARROQUIA		TOTAL VIVIENDAS	ELIMINACIÓN DE BASURA			
		Nº	CARRO RECOL.		OTRO	
			Nº	Tasa %	Nº	Tasa %
Sector Rural	Checa	759	210	27.7	549	72.3
	Chiquintad	1071	145	13.5	926	86.5
	Sinincay	2918	373	12.8	2545	87.2
Sector Urbano		67364	62894	93	4470	7

Fuente: INEC. Censo 2001.

La eliminación de basura en el sector rural se la hace por incineración, en la mayoría de los casos, existiendo aún la acumulación en algunos lugares de la comunidad, por falta de información y de educación. En relación a la tasa, observamos que el servicio de eliminación

de basura por carro recolector es mayor en el sector urbano, siendo este servicio todavía muy bajo en el sector rural.

5) *Educación.*- La educación es deficiente, solamente el 32 % de la población ha terminado el nivel primario, el 36 % no lo ha terminado y cerca del 10 % no tiene ninguna instrucción.

El promedio de años aprobados por la población de 10 años y más (escolaridad media) para el área urbana es de 8.6 años y para el área rural 5 años. Para hombres 7.9 y para mujeres 7.1 años.

Cuadro 7. Porcentaje de la población de 5 años y más, por condición de alfabetismo, sexo y sector.				
Condición de Alfabetismo	% Hombres	% Mujeres	% Sector urbano	% Sector rural
Alfabetos	93	85.4	96.2	89
Analfabetos	7	14.6	3.8	11
Total	100	100	100	100

Fuente: INEC Se tomaron los datos del cantón Cuenca.2001.

Si consideramos las parroquias rurales, el nivel de analfabetismo promedio del área es del 11%, siendo mayor en las mujeres (el 14.6%). En la parroquia de Checa, los hombres presentan un nivel de analfabetismo del 7%, con una frecuencia igual en las tres parroquias rurales del Área 2. En los barrios del sector urbano la tasa de analfabetismo es del 3.8%, siendo mayor en las mujeres, y de igual frecuencia en todos los barrios del área.

1.4. Ambientales.- El Área 2 Miraflores se encuentra ubicado al nor-este de Cuenca, limitado hacia el norte por la provincia del Cañar; hacia el sur por: Baños, Turi y el Valle; al este por: Paute, Sidcay, Ricaurte; y hacia el oeste por: Sayausi y San Joaquín. Su clima se define por zonas de páramo y por clima húmedo y semi húmedo. La temperatura promedio oscila entre los 12°C y 20°C. Existe un alto nivel de contaminación en las viviendas del sector urbano, causado por el transporte público y privado; en lo que respecta al sector rural, existen varios factores de contaminación en la vivienda como son: una mala distribución de ventanas, deficiente calidad de pisos, la ausencia de servicios de eliminación de excretas y basura, la falta de agua potable, agravado por la convivencia con animales, el hacinamiento. Existe contaminación del suelo, agua y aire provocado por la presencia de fábricas, ubicadas principalmente en el Parque Industrial, como uno de los factores preponderantes que contribuyen al problema ambiental. No existe ningún interés por prevenir la contaminación,

la cual afecta a la comunidad, principalmente a los niños, que en su mayoría están afectados con enfermedades respiratorias, parasitarias y gastrointestinales.

Gran parte de las personas no saben qué hacer o cómo prevenir desastres ya sean naturales, incendios o inundaciones, lo que incrementa el nivel de accidentes en las comunidades.

1.5. De las personas.- Casi la totalidad de personas visitadas del área se presentaron abiertas al diálogo, pero con poca preocupación respecto al problema de salud, que se debía a muchos factores, como ejemplo está la incapacidad para detectar o prevenir anomalías de la salud, en especial en las comunidades de Checa, Barrial Blanco y Sinincay en las cuales, sus habitantes desconocían o no daban importancia a los medios de prevención de enfermedades, en el resto del Área existía una preocupación muy limitada. Preocupaciones diarias como el desempleo, enfermedades, dinero y otros afectan frecuentemente a la salud de las personas en la población del Centro de Salud 2, en Sinincay y Barrial Blanco, esto ocasiona un estado de ánimo bajo de las personas, haciéndolas muy nerviosas, desconfiadas y con un alto nivel de estrés. En todas las familias se encontró por lo menos un integrante que padecía de alguna enfermedad diagnosticada, sin considerar patologías no limitantes como resfríos, gastritis, enfermedades bucodentales, y otras, la atención de la salud para las comunidades o bien es muy baja o no existe.

Se caracteriza la zona rural por un notable movimiento migratorio del campo a la ciudad. En las zonas urbanas con la actual tasa de crecimiento la población se duplicaría en 15 años.

1.5.1. Características demográficas.

El Área 2 Miraflores presenta una población de 136.865 hab. de acuerdo al Centro de Salud, repartidos en las siguientes parroquias del sector rural: Checa, Chiquintad y Sinincay y en los siguientes barrios del sector urbano: Centro de salud 2, Mariano Estrella, Barrial Blanco, Uncovía, San Pedro, Cebollar.

➤ *Edad.*

Cuadro N° 8. Población del área 2, según edad por sectores 2003								
Área 2 Miraflores	Población total	Menor de un año	De 1 a 2 años	De 3 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 y más años
Total	139616	3075	3064	9351	15102	14718	14192	78228

Sector Urbano	C. S. 2	70370	1550	1544	4713	7612	7418	7153	39429
	Leprocomio	6889	152	151	461	745	726	700	3860
	Barrial Blanco	12203	269	268	817	1320	1286	1240	6837
	Uncovia	8139	179	179	545	880	858	827	4560
	Cebollar	6489	143	142	435	702	684	660	3636
	San Pedro	4317	95	95	289	467	455	439	2419
Sector Rural	Checa	4550	100	100	305	492	480	462	2549
	Chiquintad	6052	133	133	405	655	638	615	3391
	Sinincay	20607	454	452	1380	2229	2172	2095	11546

Fuente: Estimación de la población del Centro de Salud. 2003.

Existe una población mucho más alta en el sector urbano que en el rural; tanto Sinincay como el C. S. 2 tienen la más alta población del área. El 44% de la población son menores de 20 años, de los cuales el 34 % reside en el Área rural. El 55 % de la población es del sexo femenino.

➤ *Mujeres embarazadas y en edad fértil.*

Cuadro N° 9. Mujeres embarazadas y en edad fértil, por parroquias 2003					
Area 2 miraflores	Población total	Embarazadas		M. E. F. 10 a 49 años	
		N°	%	N°	%
Total	139616	3844	2.76	47419	33.96
C. S. 2	70370	1937	1.38	23900	17.12
Leprocomio	6889	190	0.14	2340	1.67
Barrial Blanco	12203	336	0.24	4145	2.97
Uncovia	8139	224	0.16	2764	1.98
Cebollar	6489	179	0.13	2204	1.58
San Pedro	4317	119	0.09	1466	1.05
Checa	4550	125	0.09	1545	1.11
Chiquintad	6052	167	0.12	2055	1.47
Sinincay	20607	567	0.41	6999	5.01

Fuente: Estimación de la población del Centro de Salud 2003

Casi el 34% de mujeres se encuentran en edad fértil y el 2.76% se encuentran embarazadas.

Calidad de vida.- La calidad de vida del Área 2 Miraflores se presenta de la siguiente manera:

Cuadro N° 10. CALIDAD DE VIDA POR NÚMERO DE FAMILIAS SEGÚN PARROQUIAS DE MIRAFLORES.								
Parroquias	Familias de acuerdo al Nivel de Calidad de Vida							
	Total Familias		Alto		Medio		Bajo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Checa	2	12.5	0	0	1	6.25	1	6.25
Sinincay	3	18.75	0	0	3	18.75	0	0
C.S.2	5	18.75	1	6.25	4	25	0	0
Mariano Estrella	2	12.5	1	6.25	1	6.25	0	0

Barrial Blanco	2	12.5	0	0	2	12.5	0	0
Chiquintad	2	12.5	1	6.25	0	0	1	6.25
Total Área	16	100	3	18.75	11	68.75	2	12.5

Fuente: Encuesta calidad de vida realizada en la muestra de Miraflores. 2003

La calidad de vida en Sinincay está en un nivel medio con una tasa de 18.75% de familias, situación similar ocurre en Barrial Blanco que tiene 12.5%, sin embargo el resto de comunidades encuestadas coincidieron en un nivel que fluctúa entre el medio y bajo. Existe una mejor calidad de vida en el sector urbano, que no está muy lejos de la situación del sector rural. El Área de Miraflores tiene una calidad de vida media.

2. Perfiles epidemiológicos. En donde se cita las principales causas de morbilidad ambulatoria, morbilidad hospitalaria, morbilidad de notificación obligatoria, morbilidad estomatológica y mortalidad.

2.1. Atención ambulatoria. 10 primeras causas de atención ambulatoria.

Cuadro N° 11. Causas de atención ambulatoria. Área 2. 2003			
NUMERO	ENFERMEDAD	AFECTADOS	
		N°	%
1.	IRA	1695	17.2
2.	Amigdalitis aguda	1572	15.9
3.	Bronquitis Aguda	1303	13.2
4.	Diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso	894	9
5.	Diarrea	621	6.3
6.	Rinitis alérgica y vasomotora	486	4.9
7.	Desnutrición y anemia	337	3.4
8.	Disentería amebiana aguda	324	3.3
9.	Infecciones amebianas debidas a virus y otros organismos especificados	297	3
10.	Neumonía organismo no especificado	236	2.4
11.	Infecciones intestinales bacterianas	211	2.1
12.	Otras	1893	19.2
	TOTAL	9869	100

Fuente: Departamento de Estadística de la Dirección Provincial de Salud del Azuay. 2003

La principal causa de atención ambulatoria son las infecciones respiratorias agudas, presentes en gran parte de los casos en la población infantil. Las tres principales causas de atención obedecen a enfermedades de vías aéreas con un 46.3%, seguidas por las enfermedades diarreicas con un 15.3%.

2.2. Morbilidad hospitalaria. 10 primeras causas de egresos hospitalarios.

Cuadro N° 12. Causas de morbilidad hospitalaria. Egresos hospitalarios por principales causas. Cantón Cuenca 2001.			
CODIGO	CAUSA	N°	%
1.	Embarazo, parto y puerperio	215	26
2.	Enfermedades del aparato digestivo	102	13
3.	Enfermedades del aparato respiratorio	82	10
4.	Tumores (neoplasias)	67	8
5.	Enfermedades del sistema génito urinario	63	7.7
6.	Traumatismos, envenenamiento	57	6.9
7.	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	56	6.7
8.	Enfermedades del sistema circulatorio	30	3.7
9.	Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	24	2.8
10.	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	19	2.2
11.	Otras	114	13
	TOTAL	829	100

Fuente: indicadores básicos en el Ecuador. Edición 2003. MSP. INEC. OPS.

Los datos citados en el Cuadro N° 12 pertenecen al Cantón Cuenca, entendiéndose que son parecidas las frecuencias a la realidad del Área de salud 2, las causas más comunes son las relacionadas al embarazo, enfermedades digestivas (EDA) y respiratorias (IRA).

2.3. Notificación de enfermedades. 10 primeras causas de notificación de enfermedades.

Cuadro N° 13. Causas de notificación de enfermedades. Área de salud 2. EPI 2001, EPI 2002.					
NUMERO	ENFERMEDADES	FRECUENCIA			
		EPI 2001		EPI 2002	
		N°	%	N°	%
1.	IRA	6779	64.5	8172	73.8
2.	EDA	2992	28.5	2470	22.3
3.	Hipertensión arterial	206	2	134	1.2
4.	Varicela	124	1.2	76	0.7
5.	Hepatitis vírica	60	0.6	43	0.4
6.	Accidentes laborales	46	0.4	29	0.3
7.	Alcoholismo	44	0.4	25	0.2
8.	Fiebre reumática	38	0.4	27	0.2
9.	Rubéola	60	0.6	12	0.1
10.	Diabetes	37	0.3	10	0.1
11.	Otras	121	1.1	75	0.7
	TOTAL	10507	100	11073	100

Fuente: EPI 1, EPI 2. Dirección Provincial de Salud del Azuay. 2001 – 2002.

Entre el año 2001 y 2002 hubo un incremento en la notificación de la morbilidad, manteniéndose las infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas como principales causas. Se puede observar en la notificación del 2002 un descenso porcentual en las otras patologías incluida la EDA, pero un incremento en IRA. Existe todavía un porcentaje considerable de patologías notificadas en el Área que hacen del estado de salud de sus pobladores un problema constante.

Morbilidad estomatológica. 10 primeras causas de morbilidad estomatológica.

Las tasas de enfermedades estomatológicas de mayor incidencia son: caries dental con 66.7% de caries dentinaria, 43.7% de caries adamantina y un caso de caries del cemento; de estos sólo el 21.8% presentó problemas pulpares. La placa y cálculo presenta igual incidencia que la caries 66.7%.

Cuadro N° 14. Diez primeras causas de morbilidad estomatológica. 2003			
Código	ENFERMEDADES	AFECTADOS	
		N°	Tasa %
1.	Caries dentinaria	58	66.7
2.	Gingivitis (placa bacteriana, cálculos)	58	66.7
3.	Halitosis	55	63.2
4.	Edentulismo	46	52.8
5.	Mal oclusión	39	44.8
6.	Caries adamantina	38	43.7
7.	Mal posición dentaria	32	36.8
8.	Enfermedad no específica de la lengua (saburral)	26	29.9
9.	Problemas pulpares	19	21.8
10.	Problemas de ATM	18	20.7
11.	Bruxismo	12	13.8

Fuente: Encuesta y Diagnóstico realizado en la muestra 2003.

La utilización de prótesis bimaxilar se presentó en el 9.2% de tasa, unimaxilar el 3.4%; el 6.9% de prótesis parcial removible; 2.3% de portadores de prótesis fija (corona y puente).

En cuanto a la gingivitis crónica y a la halitosis existe un total del 63.2% en cada una, de las cuales, en el 16% ya existía una retracción gingival marcada. En las alteraciones en la relación con los arcos dentarios, se determinó un 44.8% con una desviación de la línea media, mordida abierta y/o cruzada, y un 36.8% con otras anomalías de posición dental como apiñamiento, diastema y/o mala oclusión, de los cuales un 20.7% presentaban ya un problema a nivel de la articulación temporo-mandibular. Otros problemas oclusales tales como abrasión dentaria y rechinamiento o bruxismo se manifestaron en el 13.8% cada uno. Con relación a patologías de la lengua, se encontró un 30% de enfermedad no específica y saburral.

Enfermedades encontradas en el examen clínico general.

Cuadro 15. patologías encontradas en el examen clínico general		
Enfermedades	Pacientes	
	N°	%
Amigdalitis crónica	28	24.7
Infecciones virales	27	23.9
Alteraciones en la piel	22	19.6
Celulitis	14	12.4

Pigmentaciones	10	8.8
Várices	12	10.6
Total	113	100

Fuente. Encuesta y Diagnóstico realizado en la muestra 2003.

Se presentó una mayor incidencia de amigdalitis crónica en los niños 24.7%. En lo que se refiere a infecciones virales, específicamente al herpes simple, se encontró 23.9% con esta patología. En cuanto a las alteraciones en la piel, el análisis registró signos como cianosis, rubor y petequias en el 19.6% de los pacientes, el 12.4% presentó celulitis y en el 8.8% se pudo observar pigmentaciones en cara y cuello; el análisis de las alteraciones en el sistema vascular detectó várices en el 10.6% de personas del sexo femenino.

2.4. Mortalidad. 10 primeras causas de mortalidad.

Debido a que el Área no dispone de información sobre mortalidad, se asume sea similar a la del cantón Cuenca por zonas urbanas y rurales.

Cuadro 16. Mortalidad del cantón Cuenca 2001							
código	Enfermedades	Total		Urbano		Rural	
		Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1.	Enfermedades del sistema circulatorio	634	1,1	400	1,3	233	0,8
2.	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	502	0,9	155	0,5	347	1,2
3.	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	429	0,7	255	0,8	174	0,6
4.	Tumores. Neoplasias	397	0,7	288	0,9	109	0,4
5.	Enfermedades del sistema respiratorio	251	0,4	149	0,5	102	0,4
6.	Enfermedades del sistema digestivo	195	0,3	123	0,4	72	0,3
7	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.	150	0,3	112	0,4	38	0,1
8.	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	121	0,2	52	0,2	69	0,2
9.	Trastornos mentales y del comportamiento	94	0,2	33	0,1	61	0,2
10.	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	81	0,1	64	0,2	17	0,1

Fuente. Datos EPI 2001

La mayor causa de muerte se debe a enfermedades circulatorias las cuales presentan una frecuencia más alta en el sector urbano que en rural, en este último la causa principal de muerte se da por hallazgos clínicos anormales así como de laboratorio.

Cuadro N° 17. Mortalidad según sexo. 2001						
Parroquia	Total	Tasa %	Hombres	Tasa %	Mujeres	Tasa %
Checa	16	21	7	9	9	12
Chiquintad	25	32	15	19	10	13
Sinincay	37	47	19	24	18	23
Sector Urbano	1200	66	660	36	540	30

Fuente. Anuario de Estadísticas vitales – Nacimientos y defunciones 2001

Los datos citados en el sector urbano del Cuadro N° 17 se tomaron del Cantón Cuenca (Urbano), entendiéndose que las frecuencias son similares a la realidad del Área de salud 2.

Existe una mayor frecuencia de muerte en el sexo masculino de todos los sectores, siendo más numerosos en el rural y de este en Sinincay.

CAPITULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Síntesis del diagnóstico.

Estudiados los datos obtenidos en las encuestas realizadas, en el examen y diagnóstico de la muestra, y la bibliografía revisada se determinaron las características de salud existentes en el Área, considerando para ello la calidad de vida y sus componentes sociales, ambientales y de las personas. Se pudo observar un sin número de problemas en cada parroquia, los cuales se atribuían a la baja calidad de vida ocasionada por la falta de trabajo y educación, por lo cual se han determinado 5 prioridades de salud dentro del Área 2.

1. Crear mejores condiciones económicas y laborales. En Miraflores el porcentaje de la población económicamente activa es del 47% en el sector urbano y del 49% en rural, siendo el comercio la actividad económica principal con el 42.11% de tasa, seguido por las industrias con un 32.3%, dejando a los servicios de educación, la construcción, el turismo y la minería el 25.59%. La población económicamente inactiva corresponde en su mayoría al sexo femenino que dedican su tiempo a los quehaceres domésticos, el resto de la población son desempleados y menores de edad. Los ingresos son muy bajos e imposibilitan el ahorro lo que aumenta la cantidad de migrantes en especial varones. Por lo cual es prioritario mejorar las condiciones económicas y laborales mediante: **a. Velar por el bienestar del trabajador,** mejorando las condiciones de su trabajo tanto en sus ingresos, salud, horario y capacitación, de tal manera que pueda rendir más eficientemente. Contando para esto con la colaboración de todos los empleadores, empresarios y jefes que deseen sacar adelante su negocio, y además una inversión del gobierno que permita dar estos beneficios a los trabajadores; **b. Aumentar fuentes de trabajo,** aprovechando las capacidades artesanales de su gente y las zonas rurales que permiten la agricultura, se debe solventar la creación de microempresas que produzcan y den ingresos tanto a su gente como a la sociedad; **c. Mejorar los servicios de salud,** para una atención responsable e inmediata, que dote de gente sana que pueda producir.

2. Mejorar condiciones culturales. Con respecto a la salud; cerca del 80% de la población no está afiliada a ningún seguro y sólo el 4% lo está al IESS. Los servicios informales son bastante populares pero no garantizan la salud e incluso muchas veces la empeoran. El alcoholismo es un aspecto bastante común en todos los sectores del Área, que a más de perjudicar la salud del individuo atenta contra la integridad de su familia y entorno. Para contrarrestar estos problemas es imprescindible mejorar las condiciones culturales de salud mediante: **a. Mejorando la práctica de salud**, ya sea educando a la población acerca de medidas preventivas ante enfermedades, y recomendando como principal opción a los servicios de salud pública como centros o sub-centros de salud; o, capacitando a los servicios informales de salud para que brinden un mejor servicio a sus pacientes y sean capaces de remitir los casos que no puedan ser atendidos; **b. Incrementando la participación comunitaria**, aunque en el sector rural esta es bastante buena, puede ser mejorada e incluso compartida con el sector urbano, garantizando de esta manera un mayor desarrollo social y cultural del Área; **c. Publicando buenas prácticas de salud**, para de esta manera incorporarlas a la vida diaria de las personas, con un lenguaje sencillo y al alcance de todos los sectores del Área, en especial de aquellos más remotos, incluso dictar charlas y brindar conocimientos acerca de técnicas para cuidar y mantener la salud.

3. Mejorar el acceso a los bienes y servicios. El hacinamiento en viviendas pequeñas y con poca accesibilidad a servicios públicos es muy común en varios sectores rurales del Área 2, en el sector urbano existe un mejor acceso a los servicios pero el hacinamiento sigue siendo un problema sumándose además el bajo porcentaje de tenencia de vivienda que es del 50%, la tenencia en el sector rural es del 82%. El servicio de agua potable por red pública es de aproximadamente del 63% en el sector rural, dejando a un 37% el consumo de agua por otros medios menos saludables. La eliminación de excretas por red pública también es escasa en este sector con una tasa del 25% con este servicio, del mismo modo la eliminación de basura por carro recolector sólo es posible en el 18% de viviendas rurales. La educación es deficiente en ambos sectores debido a la falta de personal docente preparado y a la necesidad

de trabajar desde temprana edad lo que impide dedicar el tiempo suficiente para la educación. El mejorar el acceso al consumo de bienes y servicios se debe alcanzar: **a. Ampliando los servicios**, para que estos puedan llegar a los sitios donde más los necesitan, en especial en zonas rurales que han sido olvidadas y que demuestran la urgencia de los mismos; **b. Capacitando personal**, de la salud y docente, para que puedan brindar una educación eficiente tanto dentro como fuera de las aulas, con material didáctico que permita el desarrollo intelectual, cultural y personal de sus alumnos; **c. Mejorando centros educativos**, que permita la educación en varios niveles, sea accesible a toda la población, con horarios que permitan estudiar y trabajar, que sea financiado y coordinado por el Ministerio de Educación.

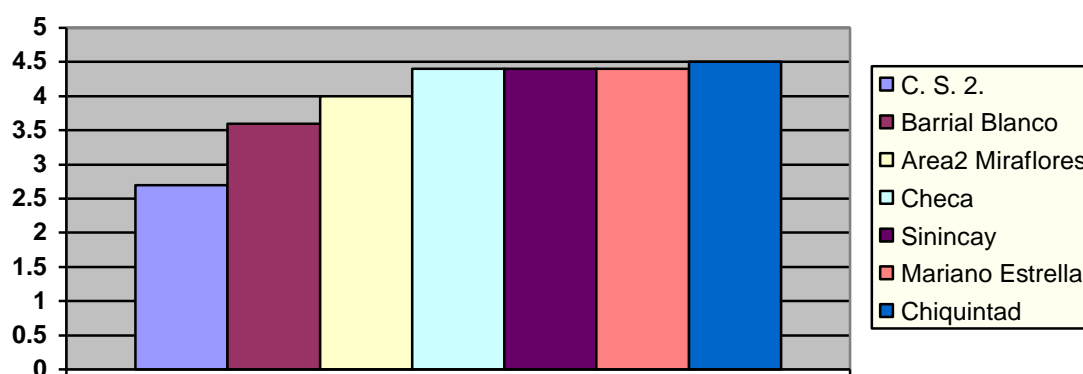
4. Crear condiciones saludables. El sector urbano se caracteriza por poseer una amplia zona industrial la cual elimina una gran cantidad de contaminación que afecta a los moradores aledaños. En el sector rural la contaminación es alta en la vivienda debido a la mala infraestructura de la misma con ventanas en mal estado, pisos de tierra, convivencia con animales y otros factores que crean condiciones no saludables para la vida. Para poder crear condiciones saludables en la vivienda debemos: **a. Crear normas ambientalistas**, en especial en el sector urbano, que exijan el uso de maquinaria que no afecte a la naturaleza, la correcta eliminación de desechos nocivos, y un servicio de control y protección ambiental (personas, agua, tierra, aire y animales). En el sector rural se deberá inculcar el cuidado adecuado del hogar, desalojando animales, dotando de implementos para mejorar la infraestructura de la vivienda, eliminando posibles contaminantes como agua empozada, basura o excremento y creando conciencia de la importancia de un ambiente saludable en la vivienda; **b. Protección del ecosistema**, mediante la creación de áreas ecológicas o parques forestales, incentivando la siembra de árboles, evitando la deforestación, la contaminación de ríos, y la construcción de empresas que contaminen o dañen el ecosistema.

5. Prevenir y dar tratamiento a las enfermedades. En el Área 2 las principales causas tanto de atención ambulatoria como de notificación obligatoria responden a las patologías respiratorias agudas, siendo más afectada la población infantil (46.3%), en segundo lugar se

encuentran las enfermedades diarreicas y digestivas (15.3%). Estas patologías se deben a las malas condiciones ambientales en las que la población se desenvuelve y al bajo acceso a medicinas, laboratorio, especialistas y otros, siendo más afectado el sector rural. La causa primordial de muerte se debe a enfermedades del sistema circulatorio en el sector urbano (1.3%), en el rural se debe a hallazgos anormales tanto clínicos como de laboratorio no clasificados (1.2%). En esta prioridad necesitamos: **a. Crear una mejor práctica de salud**, que se enfoque a mantener la salud y prevenir la enfermedad, sin limitarse solamente a atender enfermos, sino también a cuidar a los sanos. **b. Dotar de medicinas**, en especial de genéricos que estén al alcance de toda la comunidad, dando al mismo tiempo un control de recetas para evitar la automedicación. **c. Permitir la remisión inmediata**, en especial de pacientes que necesiten la atención de algún especialista, con un sistema de transporte seguro y rápido. **d. Rehabilitar al enfermo**, con los implementos que el paciente necesite para su correcta y completa rehabilitación, y que puedan ser usados del mismo modo con otro paciente. **c. Dar un mejor control a la salud estomatológica**, 1. Elaborando programas de prevención y tratamiento de patologías bucales como son la caries, la gingivitis, halitosis y edentulismo, 2. Formación estudiantil por medio de convenios con la Universidad en la Facultad de Odontología y el Ministerio de Salud ofreciendo así el servicio dental con los equipos y personal adecuado. 3. A través de campañas educativas, inculcar a la población sobre la importancia de un correcto cuidado del sistema estomatológico por su relación con el organismo en general.

Se puede observar a lo largo del presente estudio la inequidad existente entre los sectores rural y urbano con respecto a las prioridades de salud, incluso hay diferencias de un barrio al otro y de una parroquia a la otra, por lo cual se esquematiza en un gráfico todas las comunidades del Área 2 Miraflores en orden ascendente con respecto a sus prioridades de salud.

Gráfico 3. Lugares con prioridad de salud en el Área 2. 2003



Fuente. Criterios de priorización obtenidos del Capítulo III.

El esquema indica los lugares con prioridad de Salud en el Área 2, ubicándose, al final, la parroquia (Chiquintad) con mayor gravedad y, al inicio, la parroquia con menor requerimiento de atención (C. S. 2).

Para la atención de estas prioridades se deberá contar con la ayuda de diferentes instituciones como el sector de la Salud, organismos públicos, privados y el apoyo de las autoridades Gubernamentales para velar por el bienestar de la población y comunidades.

BIBLIOGRAFIA

- Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador SIISE, 1997-2003
 Indicadores básicos en el Ecuador. Edición 2003. MSP, INEC, OPS/oms
 INEC. Recursos y actividades 2001
 INEC. Encuesta de condiciones de vida serie estadística 1994-1999
 INEC. VI Censo de población y V de vivienda.
 MSP. Estadística de Notificación Obligatoria 1990-1998
 Dirección Provincial de Salud del Azuay. Departamento de Estadística. EPI-2 2002
 Dirección Provincial de Salud del Azuay. Departamento de Estadística. EPI-2001
 Clasificación Internacional de las Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología. CIE-OE
 OPS/OMS. División salud y ambiente. Atención primaria ambiental. 1998
 Muñoz O. Epidemiología. Universidad de Cuenca 2000
 Muñoz O., Calle H. y Narváez J. Modelo de intervención en salud reproductiva y desarrollo local sustentable. U. de Cuenca. Pydlos. 1999
 Muñoz O., Diagnóstico Epidemiológico y Prioridades en Salud en Azuay. U. de Cuenca. DIUC. 2003

